

Gerd Krieger

## Die Ausdehnung des Leistungsbildes durch Zusammenarbeit mit Nichtärzten

### Zusätzliche Gesundheitsdienstleistungen unter Berücksichtigung der MBO-Ä 1997

Krankheiten verlangen häufig eine gesamtheitliche Betrachtungsweise. Der Arzt ist daher meist nicht nur Einzelkämpfer. Gegenüber dem Patienten, der im Mittelpunkt der ärztlichen Tätigkeit steht, wird der verantwortungsbewußte ambulant tätige Arzt bestrebt sein, soweit als nötig andere fachlich kompetente Ärzte, medizinische Assistenzberufe und sonstige fachlich qualifizierte Nichtärzte in die Heilbehandlung einzubeziehen.

Von besonderem Interesse ist in diesem Zusammenhang die vernetzte Praxis<sup>1</sup>, welche jedoch nicht Gegenstand dieses Beitrages ist.

Um dem Patienten ein umfassendes Leistungsspektrum zu bieten, wird es häufig sinnvoll sein, das Leistungsbild ärztlicher Tätigkeit auszudehnen und mit Nichtärzten zusammenzuarbeiten. So z. B. Kosmetiker/innen oder Fußpfleger/innen mit Dermatologen; Heilgymnasten, Masseure und ambulante Pflegedienste mit Chirurgen und Orthopäden; Ernährungsberater mit Internisten; und Logopäden mit HNO-Ärzten. Häufig wird auch die Zusammenarbeit mit Heilpraktikern<sup>2</sup> gesucht. Diese kleine Auswahl ist um Bereiche wie die Streßbewältigung, Selbsthilfegruppen, Fitness-Centren u. a. zu ergänzen. Nur teilweise lassen sich die Leistungen dieser Nichtärzte unter den Begriff der Heilbehandlung<sup>3</sup>, die vom Arzt erbracht wird, integrieren. Häufig wird es sich nur um sinnvolle, aber medizinisch nicht notwendige Leistungen handeln.

Aufgabe dieses Beitrags ist es, zu überprüfen, mit welchen nichtärztlichen Berufen Ärzte eine Zusammenarbeit pflegen können und in welcher Rechtsform dies ggfs. möglich ist.

#### Rechtsformen der Zusammenarbeit

Ausgangspunkt für die folgenden Überlegungen ist die Musterberufsordnung für die Deutschen Ärztinnen und Ärzte (MBO-Ä 1997) in der Fassung des 100. Deutschen Ärztetages in Eisenach<sup>4</sup>.

##### 1. Medizinische Kooperationsgemeinschaft

Kapitel D Nr. 9 Abs. 1 MBO sieht vor, daß sich Ärzte auch mit selbständig tätigen und zur eigenverantwortlichen Berufsausübung befugten Berufsangehörigen bestimmter enumerativ aufgeführter Berufe im Gesundheitswesen zu einer medizinischen Kooperationsgemeinschaft zusammenschließen können. Es handelt sich dabei, soweit es die Zusammenarbeit mit Nichtärzten betrifft, um psychologische Therapeuten, Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten, Diplom-Psychologen, klinische Chemiker, Ernährungswissenschaftler und andere Naturwissenschaftler, Diplom-Sozialpädagogen und Diplom-Heilpädagogen, Hebammen, Logopäden und Angehörige gleichgestellter sprachtherapeutischer Berufe, Ergotherapeuten, Angehörige der Berufe in der Physiotherapie, Medizinisch-Technische Assistenten, Angehörige staatlich anerkannter Pflegeberufe und Diätassistenten<sup>5</sup>.

Mit anderen medizinischen Assistenz- oder Hilfsberufen, (z. B. Kosmetiker/innen, Fußpfleger/innen und den eingangs genannten Einrichtungen), ist eine Kooperation ausgeschlossen.

Die Verbindung mit dem Arzt muß einem gleichgerichteten oder integrierten diagnostischen oder therapeutischen Zweck bei der Heilbehandlung dienen oder auf dem Gebiet der Prävention und Rehabilitation ein räumlich nahes und koordiniertes Zusammenwirken aller Beteiligten erfüllen. Ausgangspunkt ist somit der dem Fachgebiet des Arztes entsprechende gemeinschaftlich zu erreichende medizinische Zweck.

Als Rechtsform dienen ausschließlich die Partnerschaftsgesellschaft nach dem Partnerschaftsgesellschaftsgesetz oder die Gesellschaft des Bürgerlichen Rechtes. Andere Gesellschaftsformen scheiden zwingend aus.

Die Kooperation darf auf einem gemeinsamen Praxis-schild angekündigt werden (Kapitel D Nr. 2 Abs. 10 MBO).

Im Rahmen dieser kooperativen Berufsausübung muß die eigenverantwortliche und selbständige Berufsausübung des Arztes gewahrt bleiben. Jeder Partner ist gegenüber dem Patienten getrennt verantwortlich. Medizinische Entscheidungen, insbesondere über Diagnostik und Therapie, trifft ausschließlich der Arzt.

##### 2. Gesundheitszentren

Unter dem Dach einer Betreibergesellschaft oder Praxisverwaltungsgesellschaft als Dienstleistungsunternehmen können sich verschiedene Berufe zur Zusammenarbeit entschließen.

Vertragsbeziehungen bestehen insoweit nur zwischen dem Arzt oder den anderen Dienstleistern einerseits und der Betreibergesellschaft andererseits. Diese Betreibergesellschaft wird heute in aller Regel in der Rechtsform einer GmbH organisiert<sup>6</sup>.

Das Gesundheitszentrum, an welchem sich Ärzte kapitalmäßig beteiligen können, stellt ganz oder teilweise Räum-

---

Rechtsanwalt Dr. iur. Gerd Krieger, Umlandstraße 9, 79102 Freiburg

---

- 1) *Schwoerer/Dieter/Hauenstein*, DÄBl. 1995, 1177.
- 2) *Narr*, Ärztliches Berufsrecht, Rdnr. 1192 (Stand: Jan. 1988), zum Verbot gemeinsamer Behandlung.
- 3) *Uhlenbruck*, in: *Laufs/Uhlenbruck* (Hrsg.), Handbuch des Arztrechts, 1992, S. 235, faßt unter dem Begriff der Heilbehandlung alle Maßnahmen der Rehabilitation, der Gesundheitsvorsorge und Prophylaxe zusammen; vgl. auch *Rieger*, Lexikon des Arztrechts, 1984, Rdnr. 999.
- 4) DÄBl. 1997, C-1772. Die MBO-Ä 1997 vom Mai 1997 wird erst mit der Umsetzung durch die Kammerversammlung jeder einzelnen Ärztekammer und nach Genehmigung durch die zuständige Aufsichtsbehörde rechtswirksam.
- 5) *Rieger* (Fn. 3), Rdnr. 1182; Medizinische Assistenzberufe.
- 6) *Taupitz*, MedR 1993, 367.

lichkeiten, Einrichtungen, Instrumente und Personal<sup>7</sup> zur Verfügung. Unter dem Dach dieses Gesundheitszentrums können dann Ärzte verschiedener Fachrichtungen wie auch Nichtärzte tätig sein. Die Ärzte und die anderen Dienstleister sind untereinander in keiner oder allenfalls einer losen Rechtsform verbunden. Eine medizinische Kooperationsgemeinschaft ist auch dann nur unter den oben, sub 1., genannten Bedingungen möglich. Die Ärzte können sich untereinander in einer Gemeinschaftspraxis, Praxisgemeinschaft oder Partnerschaftsgesellschaft zusammenschließen. Die Ärzte dürfen ihre Praxis bei der Zusammenarbeit mit anderen Dienstleistern nur in vollständiger professioneller Unabhängigkeit ausüben<sup>8</sup>.

Die Verantwortungsbereiche des Arztes und des Angehörigen des sonstigen Gesundheitsberufes müssen klar erkennbar voneinander getrennt sein (§ 30 Abs. 2 MBO). In keinem Fall darf der Arzt mit Personen, die weder Ärzte sind noch zu seinen berufsmäßig tätigen Mitarbeitern gehören, Patienten untersuchen oder behandeln, es sei denn, es handelt sich um Personen, die bei ihm angestellt sind oder sich bei ihm zur Ausbildung zum ärztlichen Beruf oder zu einem medizinischen Assistenzberuf befinden (§ 30 Abs. 1 MBO).

Ein Arzt darf Patienten nicht nur an andere Ärzte, sondern auch an Angehörige der anderen Berufsgruppen überweisen<sup>9</sup>, wobei jedoch die Empfehlung bestimmter Produkte oder Dienstleistungen gewerblicher Anbieter ebenso wie von Apotheken nur bei hinreichendem Grund möglich ist<sup>10</sup>.

Es ist daher unzulässig und wettbewerbswidrig, wenn ein Vital-Shop Ärzte, die im Gesundheitszentrum angesiedelt sind, auffordert, ihren Patienten bestimmte Produkte oder Dienstleistungen zu empfehlen<sup>11</sup>.

Meist werden die Ärzte und sonstigen Dienstleister innerhalb eines Gesundheitszentrums untereinander eine Beratungs- und Unterstützungsvereinbarung getroffen haben, wobei das Verbot der vorgenannten Empfehlungen ebenso berücksichtigt werden muß wie auch die Tatsache, daß es Ärzten untersagt ist, sich Vorteile dafür gewähren zu lassen oder zu verlangen, daß Patienten oder Untersuchungsmaterial zugewiesen werden (§ 31 MBO).

Während das Gesundheitszentrum für sich werben darf, ist eine solche Werbung durch und für die in einem Gesundheitszentrum integrierten Ärzte unzulässig (§ 27 MBO)<sup>12</sup>.

Trotz der räumlichen Nähe ist die ärztliche Schweigepflicht streng zu beachten, nachdem schon die Tatsache, daß ein Patient in bestimmter ärztlicher Behandlung ist, der Schweigepflicht unterliegt. Schwierigkeiten können sich dabei auch bei einer zentralen Patienten-Datenerfassung ergeben. Demgegenüber bestehen gegen ein gemeinsames Wartezimmer keine Bedenken<sup>13</sup>.

Auf diese Art und Weise können sich unter dem Dach eines Gesundheitszentrums Ärzte auch mit anderen Heil- und Heilhilfsberufen zusammenfinden, auch wenn sie nicht zu den qualifizierten Angehörigen medizinischer Fachberufe gehören, die sich nach Kapitel D Nr. 9 Abs. 2 MBO in einer medizinischen Kooperationsgemeinschaft zusammenschließen dürfen.

Diese Regeln gelten auch dann, wenn der Arzt mit Angehörigen anderer Berufsgruppen in engem räumlichem Verbund zusammenarbeiten will, wenn auch nicht unter dem „Dach“ des Gesundheitszentrums.

Eine räumliche Trennung ist erforderlich. Die Schweigepflicht muß beachtet werden. Der Arzt kann zwar diese gesondert zu erbringende gewerbliche Leistung finanzieren und ggfs. auch als Berater tätig sein, er darf sich jedoch nicht mit seinem Namen und seiner vollen beruflichen Tätigkeit einbringen.

Die Trennung bedeutet zunächst die völlige räumliche Trennung, damit auch der Verdacht einer gemeinsamen

Berufsausübung vermieden wird. Dies schließt aber nicht aus, daß z. B. die Kosmetikerin, die am Nachmittag das Kosmetik-Institut in benachbarten Räumen führt, am Vormittag als Hilfskraft in der ärztlichen Praxis angestellt ist.

Ein gemeinsames Auftreten nach außen, d. h. auf dem Praxisschild oder Briefpapier u. a., ist nicht zulässig (Kapitel D Nrn. 2, 11 u. 14 MBO).

### 3. Anstellungsvertrag

Der Arzt kann im Rahmen seiner ärztlichen Praxis auch Berufsangehörige anderer medizinischer Hilfs- und Fachberufe im Rahmen eines Anstellungsverhältnisses beschäftigen. Aber auch dabei muß berücksichtigt werden, daß dieses Personal dem medizinischen Versorgungsziel des Arztes dienen muß, und zwar entweder im Rahmen der ambulanten Heilkunde, der Gesundheitsvorsorge oder der Rehabilitation<sup>14</sup>.

Dem Arzt ist es untersagt, im Zusammenhang mit der Ausübung seiner ärztlichen Tätigkeit Waren oder andere Gegenstände abzugeben oder unter seiner Mitwirkung abgeben zu lassen sowie gewerbliche Dienstleistungen zu erbringen oder erbringen zu lassen, soweit nicht die Abgabe des Produkts oder die Dienstleistung wegen ihrer Besonderheiten notwendiger Bestandteil der ärztlichen Therapie sind (§ 3 Abs. 2 MBO). Das bedeutet, daß auch das beim Arzt angestellte Personal nur im Rahmen der ärztlichen Tätigkeit eine Dienstleistung erbringen oder Waren wie z. B. Medikamente, Hilfsmittel oder Kosmetika verkaufen darf. Die Kosmetikerin, die Fußpflegerin und das Fitness-Center geben überwiegend gewerbliche Dienstleistungen ab, die nicht notwendiger Bestandteil ärztlicher Therapie sind, wenn man von Hilfstätigkeiten für den behandelnden Arzt absieht<sup>15</sup>.

Eine solche gewerbliche Dienstleistung ist ihm nicht nur nach der Berufsordnung untersagt, sondern kann auch zu steuerlichen Schwierigkeiten führen. Erbringt beispielsweise die Kosmetikerin eine steuerpflichtige gewerbliche Leistung mit der Folge, daß diese der Gewerbe- und Umsatzsteuer unterliegt, und steht diese Leistung im Zusammenhang mit der Ausübung der ärztlichen Praxis, dann wird das gesamte und nicht nur das medizinische Leistungsangebot des Arztes gewerblich. Er muß diese gewerbliche Leistung daher streng von seiner ärztlichen Tätigkeit trennen. Dann beschränkt sich die Steuerpflicht auf die gewerbliche Dienstleistung. Führt der Arzt jedoch seine Tätigkeit im Rahmen einer Gemeinschaftspraxis aus oder trennt er nicht die Leistungsbereiche, dann gilt die sog. Abfärbetheorie, und die gesamte Tätigkeit der Gemeinschaftspraxis wird als gewerblich steuerpflichtig eingeordnet, selbst wenn eine buchhalterische Trennung erfolgt<sup>16</sup>. Diese Problematik stellt sich auch, wenn zwar getrennte Praxen (vgl. oben, sub 2.) vorliegen, aber die Trennung nicht eindeutig und von außen erkennbar ist.

Bei der Inanspruchnahme nichtärztlichen Hilfspersonals ist besonders auch die Frage der persönlichen Leistungser-

7) *Taupitz*, MedR 1993, 367, 374, zur Schweigepflicht.

8) *Taupitz*, MedR 1993, 367, 369.

9) *Narr* (Fn. 2), Rdnr. 1193.

10) *Ratzel/Lippert*, Komm. z. MBO, 1995, § 3, Rdnr. 6.

11) OLG Stuttgart, MedR 1997, 175.

12) LG Hamburg, MedR 1996, 522.

13) *Taupitz*, MedR 1993, 367, 372.

14) *Krieger*, Dt. Dermatologie 1997, 560.

15) Bei der Kosmetikerin z. B. unter Aufsicht und Verantwortung des Arztes die Verödung kleiner Blutgefäße in der Haut und das Entfernen von Warzen und Leberflecken; so BVerwG, NJW 1973, 579; NJW 1966, 418.

16) BFH, BStBl. 1996, 264; 1996 I, 621; 1994 II, 352; und Verfügung der OFD Frankfurt v. 31. 7. 1996 (Az.: S 2246 A-12-St II 20).

bringung zu beachten. Der Arzt kann nur bestimmte Leistungen delegieren, die unter seiner Aufsicht stehen und für welche der Ausführende qualifiziert ist<sup>17</sup>.

#### 4. Heilkunde-GmbH

Wird die neue Musterberufsordnung in den Landesärztekammern umgesetzt, dann erübrigt sich die Diskussion über eine Heilkunde-GmbH. Dies gilt nicht nur für den Zusammenschluß von Ärzten untereinander, der nur in der Rechtsform einer Gemeinschaftspraxis als Gesellschaft des Bürgerlichen Rechtes oder einer Partnerschaftsgesellschaft möglich ist (Kapitel D Nr. 8 Abs. 1), sondern auch für die

kooperative Berufsausübung zwischen Ärzten und Angehörigen anderer qualifizierter Fachberufe (Kapitel D Nr. 9). Eine solche Kooperation zwischen Ärzten und Angehörigen dieser anderen Berufe ist auch nur in der Form einer Partnerschaftsgesellschaft nach dem Partnerschaftsgesellschaftsgesetz oder in der Rechtsform einer Gesellschaft Bürgerlichen Rechtes und somit nicht als GmbH möglich.

17) § 613 BGB, § 4 Abs. 2 GOÄ und § 15 BMV-Ä; Schiller, NZS 1997, 109.

---

## MITTEILUNGEN

---

### Weiterbildungsbefristungsgesetz

Wie bereits in Heft 10/96 dargestellt, hat der Bundestag noch vor dem 31. 12. 1997 im wesentlichen eine unbefristete Fortgeltung des außer Kraft tretenden Gesetzes über befristete Arbeitsverträge mit Ärzten in der Weiterbildung beschlossen<sup>1</sup>. Hierbei sind nahezu vollständig die bereits zum damaligen Zeitpunkt<sup>2</sup> dargelegten Änderungen und Ergänzungen des 1. Gesetzesentwurfes umgesetzt worden. Diese haben nunmehr mit Inkrafttreten des Gesetzes Gültigkeit anstelle der bisherigen gesetzlichen Regelung, dürften jedoch für bisherige Befristungen, die auf der Basis des „alten“ Gesetzes erfolgt sind, keinerlei rechtliche Auswirkungen haben<sup>3</sup>.

Abweichend von dem ursprünglichen Gesetzesentwurf sowie der bisherigen gesetzlichen Regelung in § 1 Abs. 3 sind nunmehr die Möglichkeiten, im Anschluß an die Weiterbildung zum Facharzt eine Zusatzbezeichnung, einen Fachkundenachweis oder eine Bescheinigung über eine fakultative Weiterbildung über befristete Arbeitsverträge zu erlangen, konkretisiert worden. In Erweiterung der bisherigen Möglichkeit, vorgenannte zusätzliche Qualifikationen im Anschluß an die Weiterbildung zum Facharzt zu erwerben, kann nun ein weiterer befristeter Arbeitsvertrag geschlossen werden. Anders als in der bisherigen gesetzlichen Regelung ist dieser „anschließend befristete Arbeitsvertrag“ nicht nur für eine Befristungsdauer von zwei Jahren, sondern nun mehrmals für den Zeitraum zulässig, der für den Erwerb der jeweils anschließenden Zusatzbezeichnung, Fachkundenachweis oder fakultativen Weiterbildung vorgeschrieben ist. Im Ergebnis ist jedoch auch dies Ausfluß der geänderten Weiterbildungsordnungen, ohne daß hierdurch eine wesentliche inhaltliche Verbesserung der Befristungsmöglichkeiten eingetreten wäre.

Zumindest ist durch die jetzige Formulierung sichergestellt, daß im Anschluß an die Befristung zur Weiterbildung zum Facharzt auch mehrmals für unterschiedliche Zusatzbezeichnungen, Fachkundenachweise oder Bescheinigungen über fakultative Weiterbildungen mehrere befristete Arbeitsverträge jeweils für den Zeitraum zulässig sind, der für den Erwerb der einzelnen Zusatzqualifikation erforderlich ist.

Gleichzeitig ist aber auch eine Beschränkung der Befristungsmöglichkeit gesetzlich umgesetzt worden.

Neben der sich aus der jeweiligen „Weiterbildung“ ergebenden zeitlichen Beschränkung ist eine Befristung nur noch auf den Zeitraum möglich, für den der weiterzubildende Arzt die Weiterbildungsbefugnis besitzt. Etwas anderes gilt nach § 1 Abs. 3 Satz 5 und 6 nur, sofern der weiterzubildende Arzt bereits zu einem früheren Zeitpunkt die jeweilige von ihm nachgefragte Qualifikation erwirbt. Unabhängig von dem Zeitraum der Weiterbildungsbefugnis des weiterzubildenden Arztes darf dann auf diesen früheren Zeitpunkt befristet werden.

Diese Regelung stellt mithin sicher, daß die bisher mögliche mehrmalige Befristung innerhalb des Zeitraums der Weiterbildungsbefugnis nicht mehr möglich und damit ein in der Praxis durchaus anzutreffender Mißbrauch der bisherigen Befristungsmöglichkeit ausgeschlossen ist. Die (Aus-)nutzung der gesetzlichen Befristungsmöglichkeit für weiterbildungsfremde Zwecke ist mithin offensichtlich vom Gesetzgeber gesehen und daher erheblich eingeschränkt worden.

Unabhängig von der Frage, ob man dieser nun unbefristeten Möglichkeit zur Befristung von Arbeitsverträgen mit Ärzten in der Weiterbildung positiv oder negativ gegenübersteht, ist dies sicherlich zu begrüßen.

Ob dies in der Praxis dazu führt, daß vom Mißbrauch betroffene Ärzte die ihnen zustehenden Rechte auf dem Gerichtsweg durchsetzen, bleibt aus verschiedenen Gründen aber weiter fraglich.

Daß neben dem Weiterbildungsbefristungsgesetz auch weiterhin in Einzelfällen die Möglichkeit besteht, nach Tarifverträgen, dem Beschäftigungsförderungsgesetz oder aufgrund von der Rechtsprechung anerkannter „sachlicher Gründe“ eine wirksame Befristung von Arbeitsverträgen vorzunehmen, sei der Vollständigkeit halber erwähnt.

---

1) BGBl. 1997 I, S. 2294.

2) Müller, MedR 1997, 461 m.w.N.

3) BAG, Urt. v. 10. 6. 1992 – 7 AZR 364/91 –.